

medida pelos diversos indicadores específicos para as especialidades analisadas agrupados nos cinco diferentes domínios. No entanto, como houve redução de honorários, sugeriu-se adotar apenas três bandas de CH: 0.31, 0.34 e 0.37 onde se observou um impacto de 10.9% no orçamento e nenhuma especialidade no estudo seria “prejudicada” com a redução no honorário. Desta forma, sugeriu-se a adoção deste modelo para todas as especialidades a partir do envolvimento dos médicos na validação dos indicadores a serem monitorados e da demonstração de que o objetivo não é a redução de honorário médico e sim a alocação de mais recursos para os profissionais de melhor desempenho.

PCASE3**GESTÃO DE DOENÇAS: O HOSPITAL COMO FONTE DE INFORMAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DAS DOENÇAS DOS CLIENTES DAS OPERADORAS DE SAÚDE**

Figueira CMG

Vila Velha Hospital, Vila Velha, Espírito Santo, Brazil

ORGANIZAÇÃO: Vila Velha Hospital (VVH). Vila Velha, Espírito Santo, Brasil. **QUESTÃO TRATADA:** Necessidade de garantir espaço e fidelização de clientes no mercado de prestação de serviços de saúde suplementar através de estratégias que permitam às operadoras de saúde gerenciar melhor os custos com o tratamento de seus clientes. Permitir que as operadoras de saúde conheçam o custo real com o tratamento de cada doença, em especial as crônicas, possibilitando a comparação de custos de serviços prestados por outros hospitais da região metropolitana de Vitória, capital do ES, Brasil. **OBJETIVOS:** 1) Aumento semestral de 30% no número de clientes referenciados para atendimento no VVH e fidelização dos mesmos pela qualidade dos serviços prestados; 2) Aumento semestral de 20% do número de operadoras de saúde compradoras de serviços do VVH. **TIPOS DE DESFECHOS USADOS NA DECISÃO:** Dados de pesquisa de opinião entre clientes e operadoras de saúde sobre o tipo ideal de atendimento a ser prestado para ambos. Dados de publicação do PROAHS (Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde) e do CHQ (Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar). Avaliação de gerenciamento de doenças crônicas Milliman do Brasil LTDA. **ESTRATÉGIA DA IMPLEMENTAÇÃO:** Análise da variável média de permanência e custo total de internação relacionado à idade, setor de internação e tipo de doença do cliente atendido no VVH. As doenças descritas no CID (Classificação Internacional de Doenças) foram classificadas em aguda, crônica ou terminal de acordo com a permanência da alteração fisiológica, incapacitação, tipo e duração do tratamento e probabilidade de recorrência. **RESULTADOS:** Os dados obtidos possibilitaram o conhecimento de características de clientes das diferentes operadoras de saúde atendidos no VVH com possibilidade de cálculo do custo médio de tratamento das diversas patologias e desenvolvimento de uma curva de custo por paciente do tipo ABC, como utilizado para materiais e medicamentos. **LIÇÕES APRENDIDAS:** O conhecimento das especificidades da clientela atendida permite a renegociação de preços com maior segurança e transparência para o prestador e comprador de serviços além de possibilitar melhor gerenciamento de recursos financeiros para ambos.

PCASE4**AValiação do uso racional do benefício em medicamentos visando a garantia de acesso em uma população controlada por regras de elegibilidade**

Sousa J, Hercules S, Lima A, Gonzalez L

Vidalink do Brasil SA, São Caetano do Sul, São Paulo, Brazil

ORGANIZAÇÃO: A Vidalink do Brasil atua através da aplicação dos conceitos de Pharmacy Benefit Management (PBM), originários do mercado americano, a realidade brasileira. Associada ao PCMA (Pharmaceutical Care Management Association) e do PBMI (Pharmacy Benefits Management Institute), tendo como um dos acionistas a

CVS/Caremark, principal fornecedora de serviços de PBM do mercado americano, provendo transferência de tecnologia. Realiza atualmente 1,4 milhões de transações/mês, representando R\$ 250 milhões de vendas em 2008, com atuação em todo o território nacional. **QUESTÃO TRATADA:** Avaliação da acessibilidade a tratamentos medicamentosos através de regras específicas de elegibilidade e identificação de potenciais tendências para doenças crônicas. **OBJETIVOS:** Implantar uma estratégia de acesso ao tratamento medicamentoso, e identificação de usuários para o programa de monitoramento de crônicos de potenciais patologias específicas, conforme prescrição médica, oferecendo subsídio financeiro para aquisição e garantindo o uso racional deste recurso pelos funcionários de uma empresa cliente. **TIPOS DE DESFECHOS USADOS NA DECISÃO:** Acesso, subsídio, regras de elegibilidade, uso racional, monitoramento, PBM. **ESTRATÉGIA DA IMPLEMENTAÇÃO:** A partir da análise do perfil de consumo da população atendida no benefício em medicamentos, a Vidalink propôs ao gestor do benefício à aplicação de regras de elegibilidade para acesso aos medicamentos, desta forma foram limitados os acessos gerais a determinados produtos, p.e. finasterida a beneficiários com idade inferior a 50 anos ou a usuárias do sexo feminino. A partir da implantação das regras o usuário que teve sua aquisição bloqueada deveria submeter a prescrição médica para análise do departamento médico da empresa, se aprovado, dentro do protocolo previsto, o tratamento passaria a ser subsidiado pela empresa. Paralelamente as solicitações especiais os beneficiários foram monitorados em consumos relativos a tratamentos de doenças crônicas e organizados em tendências potenciais de riscos. **RESULTADOS:** No período de janeiro a dezembro de 2008 foi avaliada a implantação das regras de elegibilidade e o monitoramento do perfil de uso de medicamentos para tratamentos de doenças crônicas na população consumidora do benefício. 11,258 vidas utilizaram o benefício, gerando um movimento de R\$ 5,284,025 em medicamentos. Foi realizado acompanhamento rotineiro do perfil de consumo destas vidas, tendo em vista o controle do risco de agravo a saúde, com base no consumo de medicamentos específicos a um tratamento, como hipertensão arterial. Este acompanhamento de potencial risco permitiu identificar 4,252 usuários (37.8% do total), correspondendo a um montante de R\$ 1,895,677 (35.8% dos custos). Este número é comparado com os dados de um programa de monitoramento realizado pelo cliente que mantinha 245 vidas em acompanhamento, com base nas informações disponíveis de gestão do plano de saúde (screening, base custo). Além da identificação, foram avaliadas as reprovações ocorridas com base nas regras de elegibilidade, que totalizaram R\$ 934,763. Tais reprovações geraram solicitações de liberações especiais de 48 grupos de medicamentos, sendo, do total de 5,977 usuários reprovados em um primeiro momento, 436 (7.2% dos reprovados) passaram a compor os grupos de liberações especiais, passando a ter acesso a tratamentos que não estão liberados de forma geral. Ao se avaliar a continuidade de uso, foi detectado que 163 (37.3% dos elegíveis) usuários mantiveram consumo por mais de 8 meses. Além disto, um olhar mais detalhado permite avaliar o movimento do acesso de um grupo particular onde 31 usuários tiveram bloqueio a 19 grupos de medicamentos, após o cumprimento dos protocolos estas vidas foram liberadas e passaram a apresentar regularidade em seu perfil de consumo. Neste cenário, as regras de elegibilidade promoveram a **ORGANIZAÇÃO:** do acesso dos beneficiários a um modelo de assistência farmacêutica. Assistência que permite ao gestor conhecer as necessidades específicas relativas ao consumo de saúde e aumentar potencialmente o número de usuários para programas de acompanhamento primário, pois, um novo screening, com base na tendência de risco dos medicamentos consumidos, parece ser mais eficaz. **LIÇÕES APRENDIDAS:** A aplicação das regras de elegibilidade permite organizar o acesso ao benefício. Podemos avaliar que ao compararmos o número de vezes que alguma regra de elegibilidade foi aplicada contra o número de usuários que efetivamente solicitaram a liberação do produto requerido, oferecem uma forma de consenso sobre o acesso ao tratamento. A utilização de grupos de regras especiais possibilita ao gestor a definição de políticas de subsídio para vidas que apresentam maior necessidade de acompanhamento e que estejam mais conscientes com o próprio estado de saúde.